

Раголевич Г.С., Дундаров З.А.,
Литвин А.А., Немтин А.З., Величко А.В.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

/ Гомель /

Своевременная диагностика послеоперационного перитонита представляет собой одну из самых трудных и далеко нерешенных задач хирургии. Характерная клиническая картина перитонита в послеоперационном периоде встречается крайне редко, что обусловлено наложением симптомов возникшего осложнения на такие факторы, как операционная травма, возраст и сопутствующая патология, снижение реактивности организма, введение обезболивающих препаратов, антибиотикотерапия, возросшие возможности интенсивной терапии и др.

Целью настоящей работы явилось изучение диагностической ценности общепринятых клинико-лабораторных показателей в группе больных с распространенным послеоперационным перитонитом. За 1993-1997 гг. таких больных было пролечено 32; лиц женского пола было 10, мужского – 22; средний возраст – 54,6 лет. У 27 пациентов первичная операция выполнена по экстренным показаниям, у 5 – в плановом порядке. Все больные повторно оперированы : проведено от 1 до 5 релапарото-

мий. Умерли 11 больных, послеоперационная летальность составила 35%. Детальному анализу подверглись результаты общеклинического обследования больных накануне релапаротомии, выполненной по поводу послеоперационного перитонита. В контрольную группу вошли 30 больных с перфоративной язвой желудка или 12-перстной кишки, осложненной гнойно-фибринозным перитонитом, с клинико-лабораторными показателями 4-5 суток неосложненного течения послеоперационного периода.

Изучение клинико-лабораторных данных у больных с послеоперационным перитонитом свидетельствует о том, что особое внимание в диагностике необходимо уделять на такие ранние признаки, как учащение пульса (101 ± 4 уд. в 1 мин, $p < 0,05$), несоответствие его температуре тела (нормальная и субфебрильная температура тела у 61% больных), жалобы на сухость во рту, жажду, икоту. Среди физикальных признаков наиболее часто выявлены сухой обложенный язык, умеренное вздутие, болезненность живота при пальпации, тогда как напряжение передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга диагностированы только в 56% случаев, а в 42% наблюдений отчетливо выслушивались перистальтические шумы.

Из лабораторных методов обследования наиболее диагностически ценными представляются лейкоцитарный индекс интоксикации и гематологический показатель интоксикации (ЛИИ = $7,8 \pm 2,8$, $p < 0,05$; ГПИ = $11,6 \pm 1,8$, $p < 0,01$). Определение их в динамике наблюдения позволяет получать дополнительную информацию и более точно оценить лабораторные данные, не упустить небольших изменений в анализах крови, которые при обычной интерпретации могут ускользать от внимания.

Нередко у больных с послеоперационным перитонитом появляются признаки печеночно-почечной недостаточности. Мы придаем этому большое значение, так как неоднократно убеждались, что появление легкой желтушности склер (общий билирубин $25,2 \pm 2,7$ ммоль/л, $p < 0,05$), нарастающий уровень мочевины ($13,0 \pm 1,2$ ммоль/л, $p < 0,05$) гипопроteinемия (общий белок $62,6 \pm 1,2$ г/л, $p < 0,05$) являлись ранними признаками развития внутрибрюшных осложнений.

Таким образом, даже небольшие отклонения в течении послеоперационного периода, появление клинико-лабораторных признаков, не соответствующих тяжести, характеру и срокам оперативного вмешательства, должны направлять мысль врача на диагностику наиболее грозного осложнения операции - послеоперационного перитонита. Специальные методы исследования (рентгеноскопия, УЗИ, КТ), лапароскопия приобретают при этом особое значение.